

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

398

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL KONRAT

Né à Sourdeval (Manche), le 29 octobre 1898.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DU MAL DE POTT

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1925

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL KONRAT

Né à Sourdeval (Manche), le 29 octobre 1898.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU MAL DE POTT

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologi- que.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à [titre] permanent.

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail- les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.	
FREY.		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LUCIEN

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

AUX MIENS, A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR CUNÉO

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. LE PROFESSEUR DAYOT

A M. LE PROFESSEUR FOLLET

Dont nous fûmes l'externe

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE RENNES
ET DE L'HOTEL-DIEU

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR BROCA (*in memoriam*)

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BRETONNEAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR DUCROQUET
EX-CHEF DE CLINIQUE ADJOINT A LA FACULTÉ

*Qui nous a aidé et conseillé dans
l'édification de ce travail.*

A M. LE DOCTEUR MASSART
EX-ASSISTANT D'ORTHOPÉDIE

Avant-Propos

Avant de terminer nos études, il nous est particulièrement agréable d'adresser un hommage de gratitude aux maîtres qui ont contribué à notre formation médicale, tant à l'Ecole de Rennes qu'à la Faculté de Paris et à ceux qui ont facilité notre tâche dans l'édification de cette thèse.

Nous prions respectueusement M. le Professeur agrégé Mathieu, d'accepter l'assurance de notre reconnaissance pour l'accueil très bienveillant que nous avons toujours trouvé dans son service.

Nous remercions vivement M. le docteur Massard, ex-assistant d'orthopédie, et M. le docteur Ducroquet, ex-chef de clinique adjoint, qui ont mis à notre disposition les documents contenus dans ce travail. Les idées qu'il soutient sont leurs et paraîtront bientôt en leur nom.

M. Contremoulins, chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital Necker, dont nous reproduisons ci-dessous les radios.

Nous remercions aussi M. Petit, dessinateur, pour le zèle et le dévouement qu'il a déployés dans la confection de nos desseins.

Introduction

Tous les auteurs qui ont régulièrement pratiqué l'autopsie de sujets atteints de tuberculose vertébrale sont unanimes à reconnaître que l'existence d'un ou de plusieurs abcès est une règle absolue. Bouvier l'avait déjà montré, Lannelongue n'est pas moins affirmatif lorsqu'il déclare : « Les abcès tuberculeux sont tellement fréquents dans le Mal de Pott qu'on pourrait dire que leur existence est la règle. Lors même qu'on ne les découvre pas durant la vie et que les sujets guérissent, sans collection apparente, on n'est pas en droit de dire qu'ils n'existent pas, car ils peuvent rester cachés au-devant et sur les côtés de la colonne vertébrale. A l'autopsie, on en trouve à peu près toujours ; sur plus de cent Maux de Pott que j'ai examinés personnellement, je me souviens n'avoir vu manquer l'abcès qu'une fois ; encore dans ce cas, le foyer vertébral contenait-il de la matière tuberculeuse et pouvait-il être assimilé à un abcès. Fréquemment ces abcès restent fort petits, ne dépassant pas le volume d'un marron, d'une pomme. On ne peut cons-

tater leur existence dans la cavité thoracique où ils se trouvent profondément cachés ».

Depuis Lannelongue, Broca, Massard s'expriment en termes analogues. Le fait est donc bien établi. Tout Mal de Pott s'accompagne d'abcès. Nous avons pour notre part examiné environ 90 colonnes vertébrales non disséquées, soit à la clinique chirurgicale infantile, soit dans la collection Lannelongue, du musée Dupuytren, et nous avons



FIGURE I

Abcès dû à un mal de Pott cervical qui était parfaitement visible à la radio, dont nous reproduisons le calque. Resté sous-ligamenteux il ne donnait aucun signe clinique.

retrouvé ces abcès de façon constante, non seulement sur des colonnes profondément ulcérées et détruites, mais encore sur des rachis d'enfants morts de maladie intercurrente à un stade très rapproché du début de la lésion vertébrale. *Quel que soit l'étage de la lésion*, l'abcès se développe pendant un certain temps au-dessous du manchon fibreux des ligaments vertébraux (Fig. I, II, III,

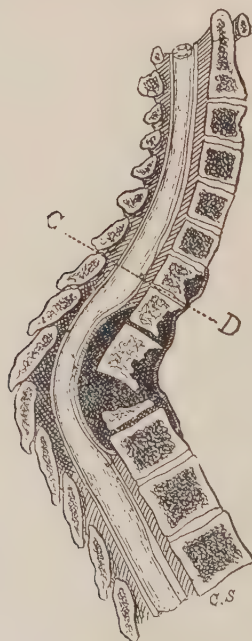


FIGURE II

« Mal de Pott dorsal supérieur compliqué d'une paralysie datant de deux ans, chez une jeune fille de 22 ans ».

(D'après Menard)

Ce cas constitue un exemple typique d'abcès dorsal resté sous-ligamenteux.

Il peut très vite continuer ainsi à décoller de proche en proche les grands ligaments des vertèbres adjacentes et les tuberculiser, par contact de son contenu. Ces abcès juxta-vertébraux, acquièrent surtout un grand développement à la région dorsale.



FIGURE III

« Mal de Pott dorso-lombaire destruction de sept corps vertébraux ;
abcès tuberculeux descendant jusqu'à la pointe du coccyx ».

(D'après Lannelongue)

Exemple d'abcès dorso-lombaire resté sous-ligamenteux et n'ayant pas
migré.

Aux régions lombaire et cervicale, le stade sous-ligamenteux de l'abcès constitue la phase de début de son développement. Bientôt en effet l'enveloppe périosto-ligamentaire est tuberculisée et perforée en un point. C'est alors que la membrane tuberculeuse s'étend, empruntant telle gaine vasculaire, tel interstice, tel paquet vasculo-nerveux. L'abcès migrateur est alors constitué restant appendu par sa petite extrémité au foyer d'origine, présentant dans sa forme générale l'aspect d'une sangsue dont la grosse extrémité gorgée de liquide et fluctuante se loge en deux points accessibles à la palpation dans la gaine du psoas, ou derrière le sterno-mastoïdien par exemple.

Seuls les abcès migrateurs qui n'accompagnent que 10 à 20 % des maux de Pott deviennent cliniquement perceptibles. Il en reste donc 80 % qui sont cachés à l'examen direct. La plupart de ces derniers peuvent, à notre avis, être décelés par les rayons X. Nous les avons si souvent rencontrés sur les épreuves radiographiques qu'à notre avis on devrait les rechercher soigneusement et systématiquement.

La présence de l'abcès constitue une preuve absolue de lésion pottique et ce signe nous paraît d'autant moins négligeable que l'on est parfois réduit en matière de tuberculose rachidienne à un ensemble de signes présomptifs dont aucun n'est pathognomonique.

Il n'est pas douteux que l'on gagnerait beaucoup ici à perfectionner les méthodes d'investigation ra-

diographique en recherchant l'intensité optima et la meilleure incidence à donner aux rayons. Nous nous bornerons à passer en revue l'aspect anatomique habituel des abcès et à montrer sur des radiographies de malades que nous avons traités la correspondance entre les données anatomiques et radiographiques.

Abcès de la Région cervicale

Les abcès de la région cervicale se font aisément jour au dehors. D'abord acculés soit sur les côtés, soit au dedans de la colonne vertébrale, leur marche, dit Ménard, n'est entravée par aucune disposition anatomique. Ils se développent de chaque côté du cou, apparaissent le plus souvent en arrière du sterno-mastoïdien et s'ouvrent plus ou moins haut dans le creux sus-claviculaire.

Cette facilité de s'ouvrir à la peau est telle que Ménard n'a jamais vu d'abcès pénétrer dans le thorax, ni se faire jour dans le pharynx et l'œsophage. Nous voyons donc qu'ici la radiographie sera de peu d'intérêt. Les maux de Pott cervicaux ne représentent que 8 % des tuberculoses vertébrales et l'abcès est ici rapidement perceptible à la palpation.

Dans un cas de mal de Pott des 7° et 8° cervicales traité par M. Ducroquet, il n'en était pas ainsi. aucun abcès n'étant perceptible cliniquement. Le malade présentait de la dysphagie, mais le toucher pharyngien ne révélait aucune tuméfaction nette. Des radiographies furent alors exécutées ; l'épreuve de face était négative, mais sur le profil on voyait

nettement au dedans de la colonne cervicale inférieure, l'ombre foncée d'un abcès refoulant en avant œsophage et trachée (Voir figure 1). M. Ducroquet se proposait de ponctionner cet abcès, mais le malade mourut brusquement le jour même où le cliché fut pris. L'autopsie révéla que la mort était due à une symphise cardiaque passée inaperçue.

La vérification du foyer osseux, montra l'existence de l'abcès qui sur le cadavre était aplati se prolongeant légèrement sur les côtés de la colonne vertébrale.

Abcès dorsaux

Nous nous étendrons beaucoup plus longuement sur les abcès dorsaux. Ces abcès sont, nous le savons, cliniquement inaccessibles à la main puisqu'en règle générale, le mal de Pott de cette région ne s'accompagne pas d'abcès migrateur.

C'est cette absence de grosse poche purulente à distance du foyer osseux qui, croyons-nous, inspire à Ménard, les lignes suivantes :

« Si l'abcès du mal de Pott dorsal prend en règle générale, un moindre développement qu'aux lombes, l'une des causes les plus importantes, croyons-nous, s'en trouve dans l'immobilité relative de la région dorsale, immobilité qui ralentit, modère la marche envahissante de la tuberculose et limite sans doute la quantité de résidu de destruction. »

D'après Ménard donc, l'abcès dorsal serait réduit parce qu'en cette région le processus de destruction serait lui-même atténué. Ce n'est pas notre avis et Ménard s'inscrit lui-même en faux contre cette première affirmation lorsqu'il écrit que chez ces enfants insuffisamment traités, la bosse dorsale est presque toujours accentuée et qu'au contraire les bosses

lombaires volumineuses sont plutôt exceptionnelles ».

L'explication de ce fait, dit-il, se trouve en partie dans la gravité des lésions osseuses ; au niveau du dos, c'est là que l'on rencontre les altérations les plus étendues et les plus profondes, pouvant aller jusqu'à la fonte tuberculeuse de la totalité des corps dorsaux.

Il y a donc là dans le traité de Ménard une apparence de contradiction. La région où se voient les lésions les plus accentuées serait celle où l'on rencontre les plus petits abcès.

Nous verrons qu'en réalité si la région dorsale est celle où l'abcès migrateur est l'exception c'est aussi celle où l'abcès sous-ligamenteux est le plus volumineux, celle où cet abcès aboutit à des décollements si vastes qu'il n'est pas rare de voir une grande partie des vertèbres dorsales tuberculisées secondairement par le contenu virulent de cet abcès. Ces collections étendues devant et sur les côtés de tout un segment rachidien, sont peut-être moins globuleuses, moins sacciformes que les abcès lombaires ou cervicaux ; mais leur étendue est telle que la quantité de pus qu'ils contiennent ne cède souvent en rien aux abcès des autres régions.

Les conditions anatomiques qui dirigent habituellement au loin la collection purulente ne sont pas ici réalisées et c'est ce qui explique la stagnation, le développement particulièrement important de l'abcès au niveau du foyer de destruction.

Sous quelles influences, le pus peut-il fuser à distance, quelles sont les conditions de développement de l'abcès?

Sans doute, comme l'a établi Lannelongue, le rôle essentiellement actif revient-il à la membrane tuberculigène qui détruit progressivement par dégénérescence de sa face cavitaire, tandis qu'elle se propage par sa face externe et la rapidité du développement est sous la dépendance de l'activité variable de cette membrane, celle-ci voyant son activité exagérée par la virulence particulière du bacille ou la déchéance du malade.

Il n'est pas douteux non plus, qu'en règle générale, l'abcès obéit aux lois de la pesanteur. Mais cette loi ne lui permet pas de franchir tous les obstacles ; aussi l'abcès se dirigera parfois dans l'espace libre situé au-dessus du foyer osseux plutôt que de perforer au-dessous un plan anatomique important.

A ces conditions diverses, il faut ajouter les attaches musculaires au rachis. Si le corps vertébral atteint, sert d'insertion à un muscle, l'abcès aura naturellement tendance à fuser dans la gaine de ce muscle.

Par contre, si nous essayons d'énumérer les causes qui entravent la progression de l'abcès, nous voyons que ce dernier rencontrant un muscle de front ne le perce jamais ; il oblique alors, prend la direction de ce muscle, s'enclôt parfois dans la gaine musculaire mais ne tuberculise que rarement

le corps charnu ; peut-être, dit Nélaton, en raison de sa mobilité.

Les parois vasculaires soit en raison de leur structure, soit parce qu'elles sont mobiles et pulsatiles, ne sont que rarement perforées. L'abcès peut les suivre, mais il ne les lèse pour ainsi dire jamais.

Or, devant les vertèbres dorsales, nous n'avons pas d'espace conjonctif, pas de canal anatomique, nous n'avons pas non plus sur les vertèbres d'insertion anatomique. Entre la 3^e et la 12^e dorsales, l'espace prévertébral est longé par l'aorte et les veines caves dont les tuniques pulsatiles sont, nous le savons, peu propices à la progression des abcès.

Les gros vaisseaux sont de plus bridés sur le corps vertébral par leurs branches intercostales, véritable charpente qui maintient les vaisseaux en arrière. Cette charpente est encore consolidée par les plèvres. Les deux séreuses s'infiltrant en effet en deux culs-de-sac prévasculaires qui s'unissent entre eux et forment ainsi barrière entre l'espace prévertébral et le médiastin (Figures 4, 5 et 6).

Ajoutons encore à cela les gros organes mobiles, le cœur en haut, le diaphragme en bas qui à chaque pulsation, à chaque inspiration, heurtent l'abcès et par leur mobilité même, forment obstacle à sa progression en avant.

Nous comprenons alors facilement le mode de développement de l'abcès dorsal sous périostoligamentaire à son origine ; il ne peut ni fuser en avant ni profiter d'une insertion musculaire.

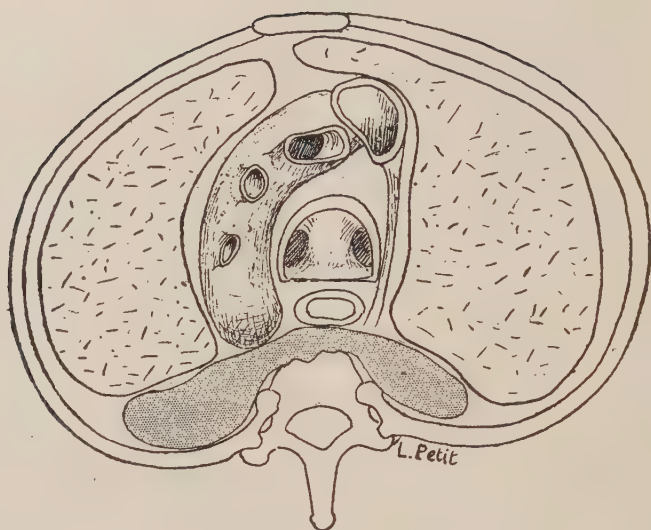


FIG. IV

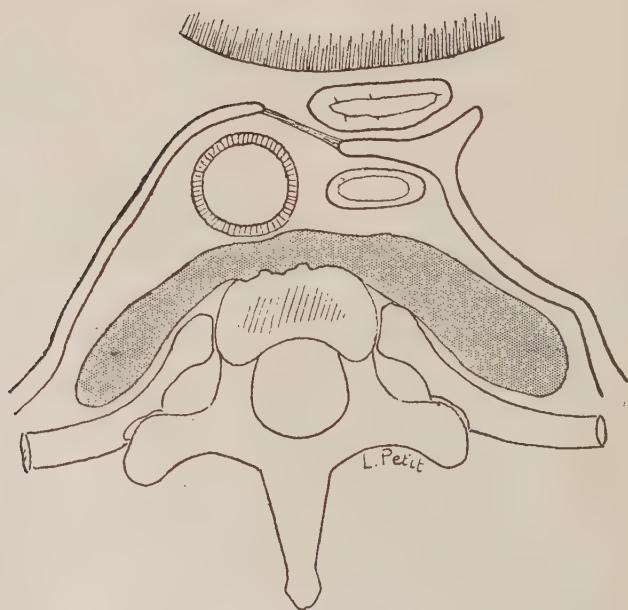


FIG. V

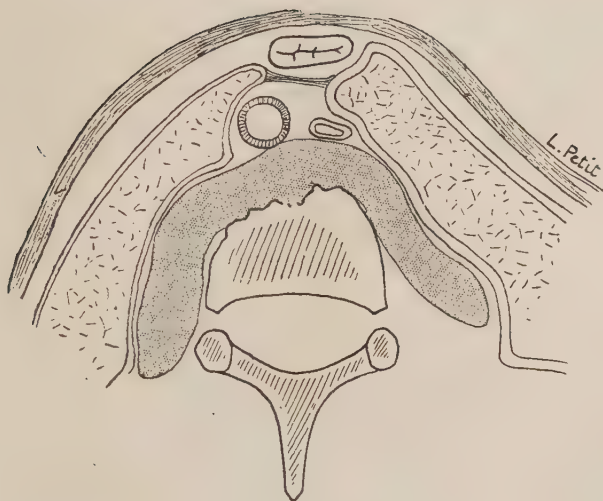


FIG. VI

FIGURES IV, V, VI

(D'après Massart et Ducroquet)

Coupe du médiastin à ses différents étages montrant les obstacles qui empêchent l'abcès de fuser en avant

IV. Au niveau de la crosse de l'aorte.

V. Au niveau du cœur.

VI. Au niveau du diaphragme.

Il va donc décoller à grand'peine la plèvre pariétale pour tendre à se loger dans l'espace costo-vertébral et là, ne trouvant pas encore d'issue, emprisonné de toutes parts, sa seule ressource sera de progresser, soit vers le bas, obéissant à la pesanteur, soit vers le haut, attiré par l'espace libre de l'extrémité supérieure du thorax, décollant et tuberculisant les vertèbres à mesure de sa progression.

Dans certains cas, on voit fuser par un point un petit diverticule migrateur dans un espace intercostal, voire même rentrer dans le canal rachidien par le trou de conjugaison, comme l'indique la figure 7°.

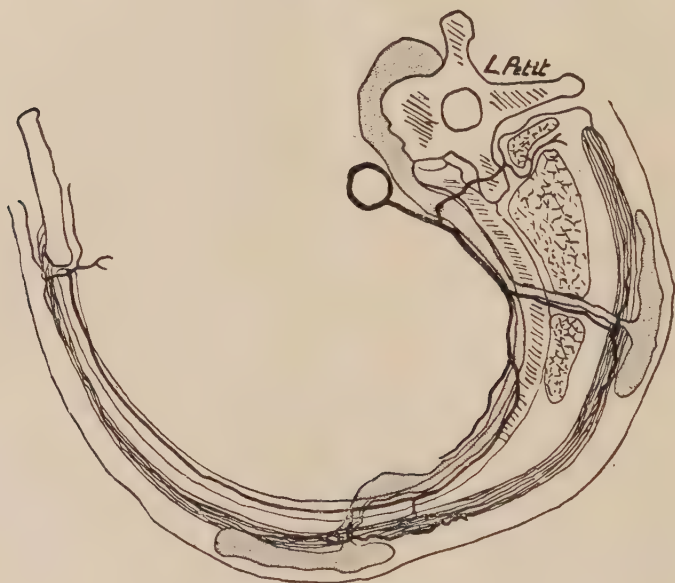


FIGURE VII

(D'après Massart et Ducroquet)

Trajet suivi par des abcès antéro-latéraux qui deviennent migrateurs

N'oublions pas que, lorsque le foyer, atteint un certain développement, il est entouré de toutes parts par les résidus de destruction et le décollement ligamentaire existe également en arrière, au-dessous du grand ligament postérieur.

L'abcès intra-rachidien est ainsi constitué qu'en toute autre région il se bornerait à une légère saillie correspondant à l'étage de la vertèbre atteinte. A la région dorsale au contraire, il prend souvent un

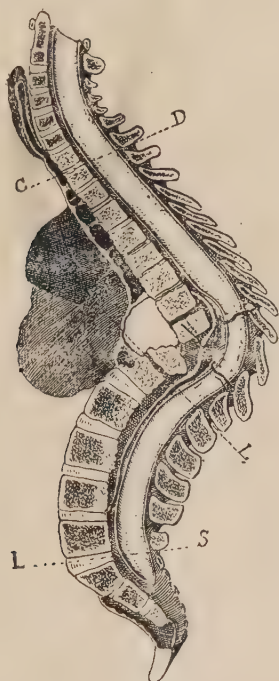


FIGURE VIII

« Mal de Pott dorsal inférieur et tuberculose du sacrum ».

(D'après Menard)

Ce cas montre bien le volume considérable de l'abcès antéro latéral comparé à l'abcès intra rachidien. La communication est ici évidente.

grand développement fusant parfois très loin sous le grand ligament postérieur. Il communique, par

ailleurs légèrement avec la poche antérieure. Or cette dernière, est, nous le savons, à l'étroit, sans issue et emprisonnée entre les gros vaisseaux, les vertèbres et les plèvres. On comprend facilement que l'abcès intrarachidien qui, en somme, ne constitue qu'un diverticule de la poche principale soit soumis aux mêmes pressions et c'est pour cette raison que l'on voit si souvent l'abcès bomber dans le canal et comprimer la moelle.

Nous n'avons jamais rencontré d'abcès intrarachidien qui ne communique pas largement avec un abcès antérieur et nous n'en connaissons aucune publication. D'autre part, dans tous les cas de paraplégie par mal de Pott dorsal, nous avons toujours trouvé à la radiographie un abcès très net antéro-latéral. Nous verrons ultérieurement quelles conclusions thérapeutiques il est permis de tirer de ces faits.

Examinons avant tout quelle est la forme générale des abcès du mal de Pott dorsal et pour cela aidons-nous des données anatomiques et radiographiques.

Plusieurs étages sont à considérer : la région dorsale supérieure, au-dessus de D6, la région dorsale moyenne de D6 à D8, et enfin la région dorsale inférieure ; la forme de l'abcès varie en effet, nous allons le voir, avec la région considérée.

Abcès dorsal supérieur

Dans cette région, les abcès ont une tendance évidente à s'éloigner de la région dorsale moyenne et loin d'obéir aux lois de la pesanteur ils fuient la zone exigüe, attirés vers le haut par l'ouverture supérieure du thorax, guidés en certains cas par le

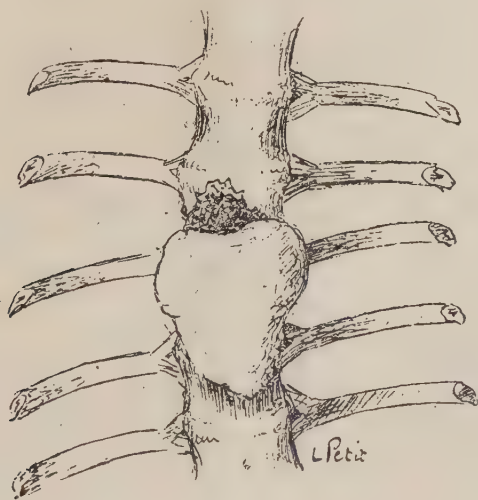


FIGURE IX

Abcès forme de cœur de carte (d'après la collection Lannelongue, du Musée Dupuytren)

muscle long du cou. Bien peu arrivent du reste à une région accessible à la palpation ; la plupart restent supendus, la colonne dorsale présentant la forme de cœur de carte à jouer, lorsqu'ils sont bilatéraux.

Leur aspect renflé en haut, témoigne de leur tendance à progresser vers le cou, certains, malgré tout, décollent vers le bas le grand ligament antérieur s'infiltrant vers les dorsales inférieures en une pointe très atténuée. Ces abcès en cœur de carte à jouer, nous en avons, en bien des cas, retrou-

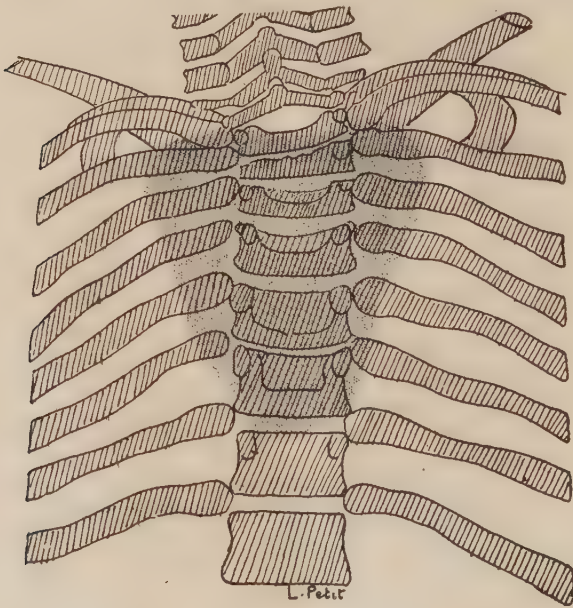


FIGURE X

A) Abscès typique en forme de cœur de carte. Radiographie prise de face sur un enfant dont la lésion évolua ultérieurement et produisit une importante destruction osseuse.

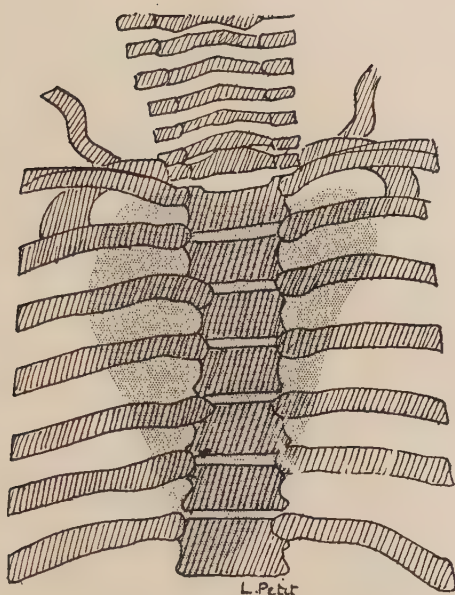


FIG. X

B) Calque d'un autre abcès en forme de cœur de carte à jouer.

vé les contours sur les radios du mal de Pott dorsal supérieur dont nous donnons ci-dessous quelques exemples. (Figure 10, A et B).

Nous voyons, en effet, sur les figures, des images typiques d'abcès à grosse extrémité supérieure, les uns bien symétriques donnant l'aspect d'un cœur de carte à jouer, les autres moins réguliers, présentant par exemple d'un côté un prolongement vers le bas.

Quoi qu'il en soit, l'abcès fuse en général vers le haut et l'abcès récurrent existe, quoi qu'en pense Ménard.

Abcès dorsal moyen

Les abcès dorsaux moyens sont moins uniformes. Au début de la lésion, ils forment le plus souvent aux dépens des vertèbres des poches soit ventrues, globuleuses, soit fusiformes à pointe très effilée. (Figures 11-12-13). Souvent même la poche est glo-

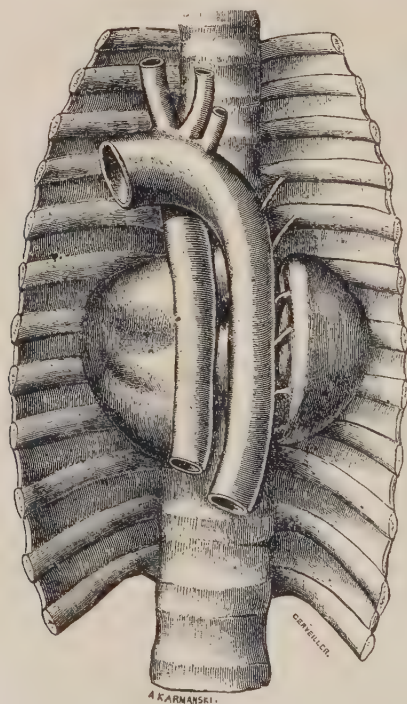


FIGURE XI

« Mal de Pott dorsal : abcès médian et latéral intra thoracique traversé par les artères intercostales » (D'après Lannelongue)

Abcès globuleux.

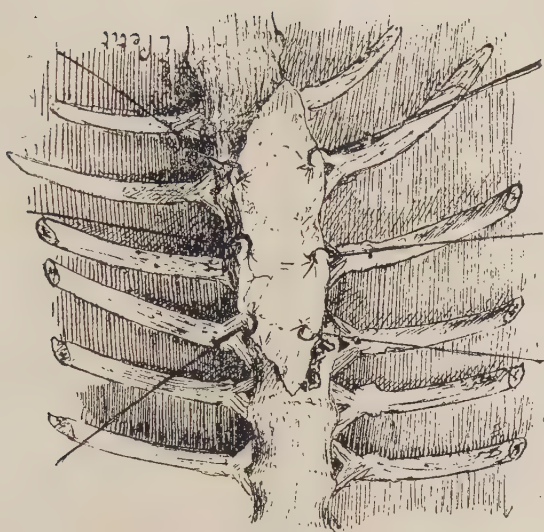


FIGURE XII

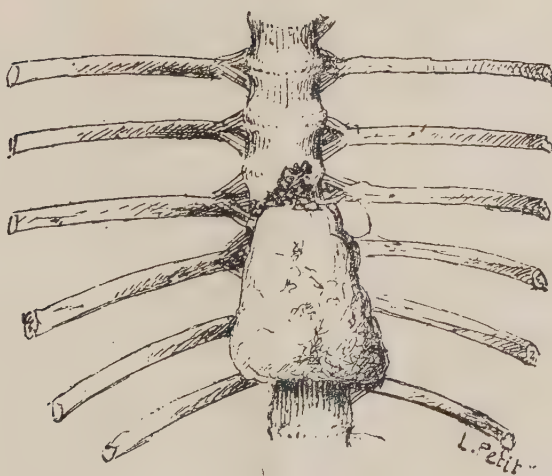


FIGURE XIII

buleuse et renflée au début, puis le décollement progressant de plus en plus, elle devient fusiforme, les sommets du fuseau s'éloignant du centre de destruction à mesure de la progression de l'abcès vers le haut et vers le bas.

A la radio, on observe très fréquemment des images correspondant à ces faits et nous avons reproduit ici une série de radios d'abcès dorsaux dues à l'obligeance de M. Ducroquet ; les uns arrondis et comparés par Ménard, à des nids d'hirondelle acco-

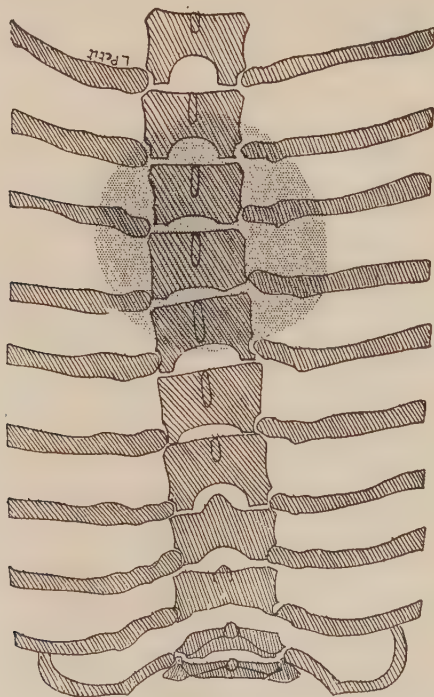


FIGURE XIV

Radiographie d'un enfant atteint de mal de Pott dorsal moyen.
Absès globuleux typique.

lés au rachis, les autres allongés, fusiformes, englobant parfois toute une colonne dorsale (Figures 14, 15, 16).

On n'observe pas toujours une symétrie parfaite la poche peut être fusiforme sur le flanc droit, ventrue et renflée sur le flanc gauche. Dans d'autres

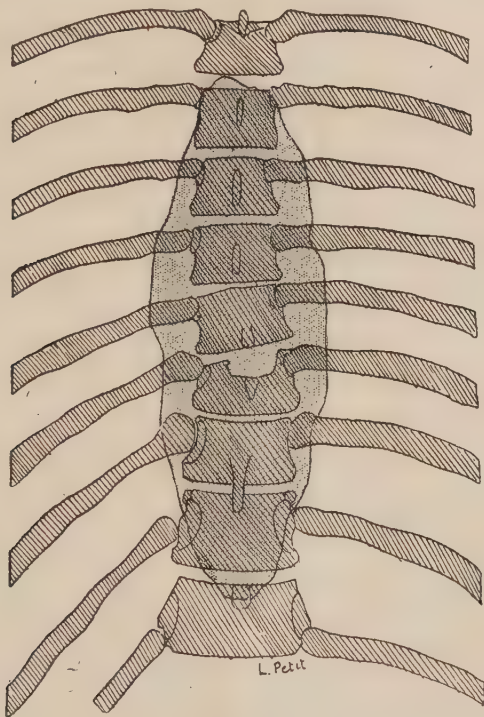


FIGURE XV

Radiographie d'un enfant atteint de mal de Pott dorsal moyen avec abcès fusiforme. L'enfant, âgé de 15 ans, ne souffrait pas et présentait une mobilité telle qu'il était difficile de faire le diagnostic clinique du mal de Pott. La radiographie révéla une lésion nette des 6^e et 7^e dorsales et un abcès sous-ligamenteux fusiforme qui permet de conclure que la lésion s'étendait en réalité à huit vertèbres dorsales.

cas, l'abcès paraît unilatéral se projetant par un demi-fuseau ou une ombre globuleuse sur un seul flanc de la colonne vertébrale. On peut même voir de Pott à foyers multiples toute une série de petits comme nous l'avons observé une fois dans un mal abcès appendus, séparés et étagés sur le côté des vertèbres lésées.

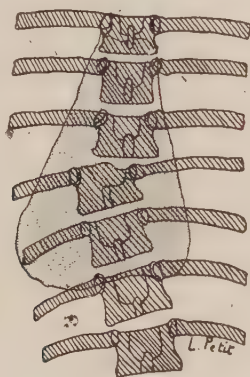


FIGURE XVI

Abcès en entonnoir.

On voit souvent, la lésion évoluant, l'aspect changer de forme ; le résidu de destruction soumis à la loi de la pesanteur chemine vers le bas, la poche se renfle à son pôle inférieur lorsqu'elle rencontre un obstacle, le diaphragme par exemple et l'on obtient alors l'aspect d'entonnoir renversé (Weil-Rœderer).

Nous avons observé sur certaines radios l'évolution d'un abcès dorsal moyen vers les vertèbres dorsales inférieures.

Mais comme l'a bien montré Gougeot, il faut bien

se garder de le confondre avec les ombres vasculaires qui d'après lui donnent des ombres analogues.

L'Abcès dorsal inférieur

L'abcès dû à une lésion des vertèbres dorsales inférieures, trop bas situé pour fuser vers le haut, est dans l'impossibilité de descendre du fait des insertions diaphragmatiques et des mouvements de ce muscle qui le comprime à chaque inspiration.

Ainsi l'abcès dorsal inférieur se développe-t-il surtout latéralement. C'est dans cette région que l'on constate les abcès très globuleux (nids d'hirondelle de Ménard) ; parfois même il semble se former une sorte de pédicule et l'abcès apparaît tel un œuf suspendu au flanc des vertèbres (figure 17).

S'il continue à se développer latéralement l'abcès peut s'engager sous l'arcade du carré des lombes ; c'est alors qu'on le voit devenir cliniquement perceptible dans le triangle de Greenfeld.

Il est extrêmement rare de voir un abcès dorsal décoller le grand ligament vertébral des 11° et 12° dorsales et passer ainsi dans la cavité abdominale. Le cas existe cependant : cet abcès subit alors les lois de la colonne lombaire et dans le cas de Lannelongue (figure 18), on voit ainsi un abcès primitivement dorsal fuser par décollement sous-liga-

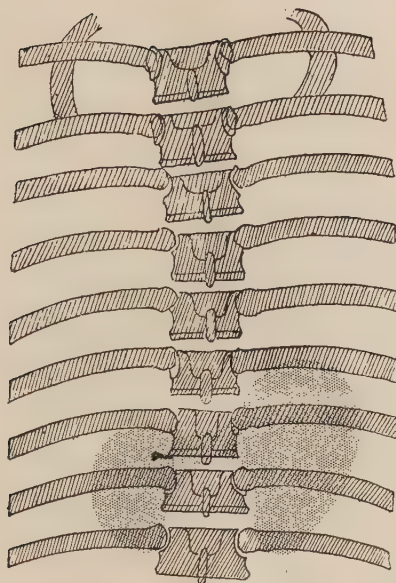


FIGURE XVII

(D'après Massart et Ducroquet)

Radiographie d'un abcès ovoïde bilatéral.

mentaire vers la 11^e dorsale et provoquer ainsi la formation de deux abcès secondaires.

Nous venons de voir qu'à la région dorsale la radiographie confirme tous les faits anatomiques et qu'elle les complète d'autre part par la foule de documents qu'elle permet de recueillir *in vivo*.

Dans le mal de Pott dorsal, en effet, l'apparition de l'abcès sur l'épreuve est pour ainsi dire une règle absolue et ce fait est d'autant plus intéressant que la clinique ne fournit ici en général aucun renseignement précis.

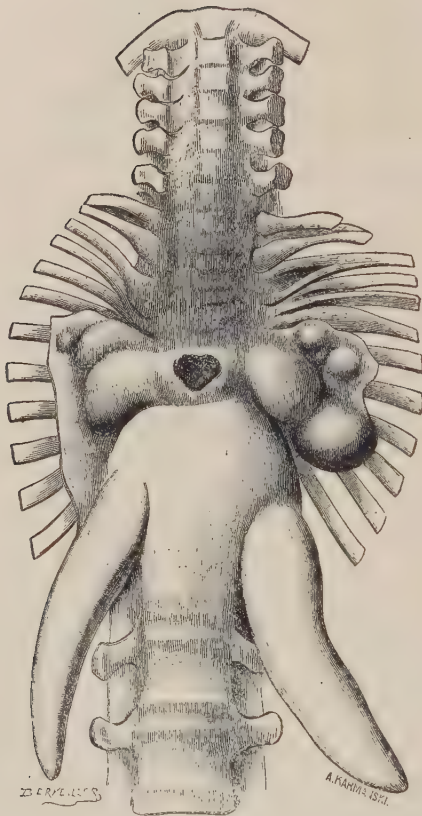


FIGURE XVIII

« Tuberculoses multiples symptomatiques d'un mal de Pott dorsal. Quelques poches tuberculeuses sont indépendantes du foyer vertébral ».

(D'après Lannelongue)

Est-ce à dire qu'en cette région, toute l'ombre de l'abcès soit constituée par une masse de liquide purulent? Pourquoi le petit abcès dorsal est-il plus visible que l'abcès iliaque? Probablement en raison

de la grosse réaction fibreuse que provoque cet abcès enclavé (Gougeot).

Cette réaction fibreuse étouffe en quelque sorte l'abcès et l'on peut voir au bout de quelques années, un ancien abcès complètement transformé en une masse fibreuse ayant l'aspect d'un fibrome.

Abcès du Mal de Pott lombaire

Les abcès du mal de Pott lombaire constituent, au point de vue clinique, le groupe le plus important. Une fois sur deux en effet, la tuberculose de cette région rachidienne se complique d'abcès migrateurs perceptibles à la palpation.

La migration s'effectue, le plus souvent, dans la gaine du *psaos* en raison de ses attaches sur les vertèbres lombaires. La 12^e dorsale qui sert également d'insertion à ce muscle subit les mêmes lois et doit être en matière de mal de Pott, assimilée à une vertèbre lombaire. L'abcès chemine ainsi, descend dans la gaine musculaire, obéissant en cela aux lois de la pesanteur. Il tombe ainsi dans la fosse iliaque où on peut aisément en limiter la forme et les contours (voir figure 19). Si l'enfant est soigné, on le ponctionne alors et l'abcès ne progresse pas ; dans le cas contraire, l'abcès se fistulise en cet endroit ou bien passe dans l'arcade crurale devenant alors perceptible dans le triangle de Scarpa.

Il va parfois plus loin, passe à la fesse en empruntant la gaine des vaisseaux circonflexes. Il peut même alors continuer à cheminer, descendre avec



FIGURE XIX

de la gaine du psoas
nique chirurgicale in-
tile, pièce 892.

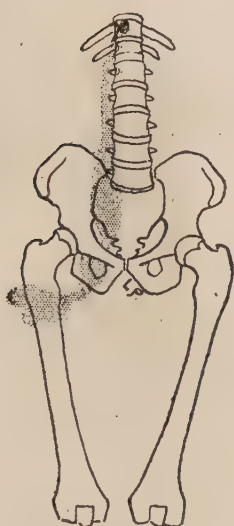


FIGURE XX

Abscès dû à un mal de Pott
lombar ayant fusé dans
la gaine du psoas puis à
l'arcade crurale, enfin,
ayant emprunté la gaine
des vaisseaux circonflexes
pour devenir fessier.
D'après la collection Lan-
nelongue, du Musée Du-
puytren.

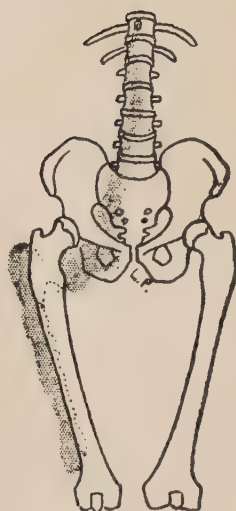


FIGURE XXI

Mal de Pott dorso-lombai-
re. Abscès devenu iliaque
fessier et s'étant fistulisé
dans le creux poplité.
D'après Massart et Ducro-
quet.

les vaisseaux ischiatiques et se montrer enfin dans
le creux poplité (figures 19, 20, 21 et 22).

La radiographie des abcès lombaires est d'un in-
térêt moins immédiat en raison de leur manifes-
tation clinique habituelle.

Nous publions cependant ici quelques radios de
MM. Ducroquet et Massard qui montrent nettement
ces abcès et confirment la clinique (figures 23, 24,
25).

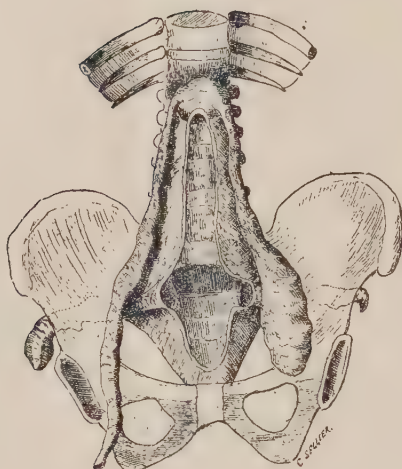


FIGURE XXII
(Figure 89 de Menard)

descendant au devant des dernières vertèbres lombaires et au devant du sacrum ».

« Mal de Pott dorso-lombaire avec décollement périostique secondaire
(D'après Menard)

L'abcès fessier sorti par la grande échancrure sciatique, est toujours due, comme l'a établi Menard, à un décollement présacré.

MM. Massard et Ducroquet, observèrent un cas moins habituel encore.

Il s'agissait d'un enfant porteur de mal de Pott ancien, semblant guéri et présentant une fistule donnant très peu au niveau du creux poplité droit.

Une injection de lipiodol fut alors exécutée par l'orifice de la fistule et l'enfant fut placé sur un plan incliné tête basse pendant 12 heures. La radio exécutée alors montra qu'il s'agissait bien d'une fistule

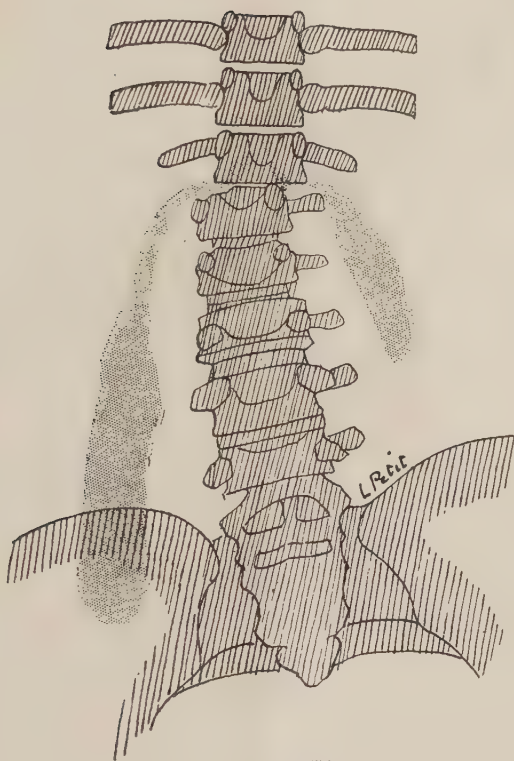


FIGURE XXIII

Abcès des deux psoas particulièrement visible à la radio

due au mal de Pott puisque le lipiodol est venu faire tache au niveau des vertèbres lombaires.

La maladie évolua du reste et depuis l'enfant a refait un autre abcès dans la fosse iliaque puis dans la fesse gauche.

Si l'évolution par migration au loin est la règle, il n'en est pas moins vrai qu'à la suite de circonstances difficiles à déterminer, l'abcès du mal de Pott



FIGURES XXIV et XXV

Calque radiographique d'un abcès du psoas de face et de profil

lombaire peut rester sous-ligamentaire. Il évolue alors, en décollant progressivement vers le bas le surtout ligamenteux, poussant même quelquefois à la face antérieure du sacrum, tuberculisant sur son passage les vertèbres et les disques, voire même le sacrum.

Une fois dans le petit bassin, il s'arrête et c'est dans ce cas que l'on voit l'abcès passer par la grande échancrure sciatique et apparaître à la fesse (Ménard). C'est également dans le cas de décollement présacré, que l'on voit l'abcès s'ouvrir dans le rectum, fait extrêmement rare du reste. En résumé : 1° D'après les faits que nous exposons, nous voyons donc que les abcès par décollement périostoligamenteux constituent le premier stade de développement de l'abcès quel que soit l'étage vertébral atteint.

2°) Secondairement se forme dans les régions favorables à son développement un abcès migrateur, poche de déversement du foyer sous-ligamenteux qu'il faut ponctionner pour éviter la progression d'abord, la fistulisation ensuite.

3°) Lorsque l'abcès sousligamenteux ne trouve pas de disposition anatomique capable de conduire au loin par un diverticule le résidu de destruction, comme c'est la règle au dos, il continue à se développer en restant sous-ligamenteux, c'est-à-dire en décollant de plus en plus loin du foyer primitif les surtouts ligamenteux antérieur et postérieur.

4°) Ces décollements à distance aboutissent, nous l'avons vu, à la tuberculisation de proche en proche d'un nombre considérable de vertèbres, c'est pour cette raison que la tuberculose du rachis dorsal aboutit malgré l'immobilité relative de cette région à des destructions, des effondrements importants, cause si fréquente des grosses gibbosités dorsales.

Les décollements du surtout ligamenteux postérieur constituent la cause habituelle des compressions si fréquentes à la région dorsale.

5°) Aussi pensons-nous que des efforts devraient être tentés pour atteindre le fuseau dorsal de ponctionner en quelque sorte cet abcès en plein foyer juxta-vertébral, mais de pratiquer cette ponction de façon précoce pour éviter la tuberculisation secondaire et la paraplégie.

Calvé a déjà tenté de ponctionner le foyer intra-médullaire à l'aide d'un trocard courbe qu'il introduit par les trous de conjugaison. La longueur du trocard, l'épaisseur du liquide qu'il contient font qu'une fois dans la poche de l'abcès on ne retire souvent rien. La technique est du reste difficile et délicate et on est loin de toujours réussir.

Comme la poche intra-rachidienne communique largement avec l'abcès antérieur, il nous paraît plus logique d'attaquer directement cette poche antérieure lorsqu'elle est perceptible à la radio.

C'est ce qu'ont fait les auteurs italiens à l'institut Ruzoli. Après repérage radiographique, ils

pratiquent avec un trocar droit la ponction au point le plus saillant de l'abcès dans une espace intercostal.

Ils ponctionnent à 5 cm. environ de la ligne médiane et enfoncent le trocar d'environ 6 cm.

Cette technique est critiquée par MM. Rancesco, Maragliano, Magrassi qui la considèrent comme hasardeuse. Cependant MM. Putti, Valtunconi et Juzzotti ont pu évacuer ainsi 7 fois des abcès intrathoraciques sans accidents, dont 5 chez des paraplégiques. Chez ceux-ci, l'évacuation de l'abcès donna deux guérisons presque immédiates, une guérison après plusieurs fois, une amélioration ; enfin dans un cas, il n'y eut aucune amélioration.

Conclusions

1° Les abcès du mal de Pott cervical et lombaire sont souvent des abcès migrants, décelables cliniquement.

2° Il n'en est pas de même de ceux de la région dorsale qui étant donné les conditions anatomiques, ne peuvent fuser au loin.

3° La radiographie permet ce diagnostic dans la plupart des cas, de façon précoce.

4° Il y aurait intérêt à ponctionner ces abcès qui contaminent les tissus voisins et donnent parfois de la paraplégie.

5° La technique de ponction de ces abcès n'est pas encore au point et demanderait à être précisée.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

MÉNARD. — Le mal de Pott.

BOUGOT. — Radiographie du mal de Pott (*Mouvement Médical*, 1913).

MÉNARD. — Congrès 1911. Association française de pédiatrie. Radio et diagnostic de tuberculose ostéo-articulaire.

Albert WEILL et CARL REDRER. — *Bulletin Société Radio Médicale*, Paris, juin 1912.

LENS. — Le mal de Pott.

SERGENT. — Le mal de Pott (Lamy), *Gazette des Hôpitaux*, mardi 13 et jeudi 15 janvier 1925.

MA. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES

